



저작자표시 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#) 



간호학석사 학위논문

중환자실 환자의
전신허스트레스와 극복력과의 관계

2014년 2월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
윤 혜 리

중환자실 환자의 전실스트레스와 극복력과의 관계

지도교수 김 금 순

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2013년 10월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
윤 혜 리

윤혜리의 간호학석사 학위논문을 인준함
2013년 12월

위 원 장 _____ (인)

부 위 원 장 _____ (인)

위 원 _____ (인)

국 문 초 록

중환자실에 입실하는 환자는 많은 기계장치, 많은 의료진의 집중감시 및 가족과의 분리로 인해 스트레스를 받게 된다. 하지만, 일정기간이 지나 중환자실 환경에 익숙해졌다가 상태호전으로 인해 일반병실로 전실할 때에도 일종의 분리불안 형태인 전실스트레스를 경험하게 된다.

전실스트레스에 대한 반응결과는 환자의 극복력에 따라 다르며, 이에 따른 치료 결과 또한 다양하게 나타난다. 이에 본 연구에서는 중환자실에서 일반병실로 전실한 환자를 대상으로 전실스트레스 정도와 극복력 정도 및 상관관계를 파악하고자 하였다.

자료수집은 2013년 4월부터 8월까지 S대학교병원 중환자실에서 최소 2일 이상 재원하였으며 일반병실로 전실한지 24 ~ 48시간 이내의 환자 188명을 대상으로 설문 조사하였다.

연구도구는 손연정(2008)의 전실스트레스 측정도구와 Wagnild와 Young(1993)이 개발한 극복력 측정도구를 송양숙(2004)이 수정보완한 도구를 사용하였다. 수집된 자료는 연구의 목적에 따라 기술통계, t-test, one way ANOVA, 전실스트레스와 극복력의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 전실스트레스 정도는 총 115점 만점에 평균 69.59 ± 6.6 점, 100점 환산점수 60.5점으로 나타났다.
2. 대상자의 극복력 정도는 총 175점 만점에 평균 86.47 ± 10.0 점, 100점 환산점수 69.2점으로 나타났다.
3. 대상자의 전실스트레스에 유의한 차이를 보인 전실관련 특성은 전실 예고 유무($t = -2.41, p = 0.01$)로 나타났다.
4. 대상자의 극복력에 유의한 차이를 보인 전실관련 특성은 가족에게 전실 관련 정보 제공 유무($t = 1.97, p = 0.05$)로 나타났다.
5. 중환자실 환자의 전실스트레스와 극복력은 통계적으로 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r = -.209, p = .004$).

이상의 연구 결과, 극복력과 전실스트레스의 상관관계로 볼 때 중환자실 환자의 극복력이 높으면 전실스트레스가 낮을 것을 알 수 있었다. 또한, 환자의 전실스트레스 감소를 위해서는 중환자실 입실 때부터 전실에 대해 미리 정보를 제공하고, 극복력 증진을 위해서는 가족에게 전실할 병동 환경에 대한 설명이 필요하다는 것을 알 수 있었다. 이를 바탕으로 전실 프로토콜 개발과 환자의 가족이 지지자원으로써 역할을 할 수 있도록 가족 교육자료 개발이 필요하겠다.

주요어 : 중환자실, 전실스트레스, 극복력

학 번 : 2009-20470

목 차

국 문 초 록	i
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구 목적	3
3. 용어 정의	4
II. 문헌 고찰	5
1. 전실스트레스	5
2. 극복력	10
3. 스트레스와 극복력과의 관계	14
III. 연구 방법	16
1. 연구설계	16
2. 연구대상	16
3. 연구도구	17
4. 자료수집 방법	19
5. 윤리적 고려	20
6. 자료분석 방법	20

IV. 연구결과.....	22
V. 논의	40
VI. 결론 및 제언.....	47
참고 문헌.....	50
부 록	64
Abstract	74

List of Tables

Table 1. General Characteristics of the Participants.....	23
Table 2. Disease Related Characteristics	25
Table 3. Relocation Related Characteristics	27
Table 4. The Score of Relocation Stress	28
Table 5. The Score of Resilience	29
Table 6. Differences of Relocation Stress and Resilience according to General Characteristics	31
Table 7. Differences of Relocation Stress and Resilience according to Disease Related Characteristics.....	33
Table 8. Differences of Relocation Stress and Resilience according to Relocation Related Characteristics.	36
Table 9–1. Differences of Relocation Stress Subscales according to Announcement of Relocation	37
Table 9–2. Differences of Resilience Subscales according to Providing Relocation Information to Family	37
Table 10. Correlation between Relocation Stress and Resilience	39

I. 서 론

1. 연구의 필요성

대부분의 중환자와 그의 가족들은 중환자실에 입원하게 된다는 것만으로도 놀라고, 환자들은 중환자실에서 집중치료를 받는 기간 동안 생명에 위협을 받는 상황들과 마주하게 되어 불안을 자주 느끼게 된다(Coyle, 2001). 하지만, 중환자실에서 일정기간 머물게 되면서 중환자실의 고도의 장비 및 기술들을 이용한 복잡한 중재 및 지속적 감시 환경에 점차 익숙해져 있다가(Chaboyer, James & Kendall, 2005), 회복하면서 일반병실로 옮겨가게 될 때 중환자실에서 익숙했던 의료진과 안전하게 느꼈던 환경을 잃게 되어 심리적으로 불안을 경험하게 된다(Coyle, 2001). 이와 같이 전실스트레스는 어떤 익숙해진 장소에서 낯선 장소로의 이동 결과로 나타나는 개인의 신체적, 심리사회적 반응으로 정의되며(Carpenito, 2000), 일종의 분리불안 유형이다(Saarmann, 1993).

국외에서의 전실스트레스 관련 연구들은 전실스트레스 관련 요인 뿐만 아니라, 중환자실 환자의 전실 관련 교육에 대한 중환자실 병실간호사의 인식을 조사한 연구(Watts et al., 2005; Whittaker & Ball, 2000)나 전실스트레스를 줄이기 위한 방안으로 전실 관련 연계 프로토콜 개발(Cutler & Garner, 1995)부터 중환자실 연계 간호사(Intensive care unit liaison

nurse)라는 새로운 전문간호사의 역할 등에 관한 연구(Chaboyer et al., 2005)까지 수행되어 왔다(Boutilier, 2007).

반면, 국내 전실스트레스 관련 선행 연구들은 전실스트레스 개념분석(손연정, 서연옥과 홍성경, 2009), 전실스트레스 증후군(Relocation Stress Syndrome: RSS) 측정도구 개발(손연정, 2008), 전실스트레스 영향 요인에 관한 연구(박진희, 유문숙, 손연정과 배선행, 2010; 한정옥, 2010; 김수진, 2012), 전실과 관련한 연계 간호중재 연구(손연정, 2009; 윤선희, 2012)가 있는 정도이다.

지속적인 스트레스나 위기상황에 처해 있는 대상자들은 어떻게 잘 적응하고 잘 관리하며 개인의 욕구를 만족시키는지에 따라 적응 정도가 달라진다. 위기를 극복하지 못하고 부적응 상태를 보이기도 하는 대상자가 있는 반면, 어떤 대상자는 이를 잘 극복해 나가면서도 더 강해지고 잘 적응 하는 모습에서 극복력에 대한 관심이 증가하고 있다 (신수진, 정덕유와 황은희, 2009).

극복력은 스트레스의 부정적 영향을 중재하고 적응을 증진시키는 정서적 활기 또는 긍정적 성격 특성으로 정의되며(Wagnild & Young, 1993), 개인과 환경 간의 상호작용을 통해 부정적 반응으로부터 긍정적 반응으로 회복되는 과정에 도움이 되는 개념이다(김혜성, 1997).

국내·외의 연구에서 만성질환아(김동희, 2002), 산모(Killien & Jarrett, 1994), 중년기 여성(구본진, 2008), 노인(Lamond et al, 2008)

등 다양한 대상자를 토대로 극복력과 관련된 연구는 있었으나, 중환자를 대상으로 하여 극복력을 연구한 시도는 찾아볼 수 없었다. 따라서, 중환자의 상황이나 능력에 초점을 맞추고 극복력을 증진시켜 질환에 의한 부정적인 영향을 중재 할 수 있도록 간호가 수행되어야 할 것이며, 이에 대한 연구가 필요할 것으로 판단된다.

이에 본 연구자는 중환자실에서 일반병실로 전실한 환자의 전실스트레스와 극복력 정도 및 상관관계를 파악함으로써 중환자의 치료와 회복을 돕고 과학적인 간호중재의 기초 자료를 제공하기 위해 본 연구를 시행하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 중환자실에서 일반병실로 전실한 환자의 전실스트레스와 극복력 정도, 전실스트레스와 극복력의 관계를 파악하기 위한 것으로 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 전실 관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 전실스트레스, 극복력 정도를 파악한다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 질병관련 특성, 전실관련 특성에 따른 전실스트레스와 극복력의 차이를 파악한다.
- 4) 대상자의 전실스트레스와 극복력의 관계를 파악한다.

3. 용어 정의

1) 전실스트레스

전실스트레스란 익숙한 장소에서 낯선 장소로의 이동 결과로 나타나는 개인의 신체적, 심리사회적 반응으로(Carpenito, 2000), 본 연구에서는 손연정(2008)이 개발한 전실스트레스 측정도구로 측정한 점수이며 점수가 높을수록 전실스트레스가 높은 것을 의미한다.

2) 극복력

극복력은 개인이 역경으로부터 회복하게 하여 긍정적인 적응결과를 가져오게 하는 심리사회적 능력으로(김동희, 2002), 본 연구에서는 Wagnild와 Young(1993)이 개발한 극복력 측정 도구를 송양숙(2004)이 번역, 수정한 도구를 이용하여 측정한 값을 의미하며 점수가 높을수록 극복력 정도가 높은 것을 의미한다.

II. 문헌 고찰

1. 전실스트레스

중환자실은 질환의 중증도와 간호요구도가 높고 24시간 지속적인 관찰을 요하게 되는 환자가 입원하는 곳이다. 중환자실에 입실한 환자는 수많은 의료진과 기계장치들에 둘러싸여 중환자라는 공포감과 함께 가족들과의 격리에 따른 불안과 외로움을 느끼게 된다(Whittaker & Ball, 2000).

그러나 일정기간 중환자실에 머물면서 중환자실 환경에 익숙해지게 되는데, 이러한 적응과정에서 상태 호전, 응급 및 새로운 중환자의 입실로 인해 전실결정을 통보 받게 되면 전실이 또 하나의 커다란 스트레스 요인으로 작용하며 일부 환자들에서는 상태 호전으로 인한 전실이지만, 본인이 여전히 중환자라고 생각하거나 집중적인 치료의 중단 또는 중환자실 의료진으로부터 거절이나 포기로 느껴질 수 있는데(Bokinskie, 1992), 이와 같은 심리적 상태가 바로 전실스트레스이다(Corrigan, Samuelson, Fridlund & Thomé, 2007; Kinney et al., 2002).

1992년 공식적으로 NANDA(North American Nursing Diagnosis Association)에서 전실스트레스 증후군이라는 명칭이 처음 사용되었는데(Manion & Rantz, 1995), “한 장소에서 다른 장소로의 이동 결과로

개인이 생리적·정신사회적 장애를 경험하는 상태”로 현상을 정의하고 있다(Carpenito, 2000). 이 정의는 중환자실에서 병실로의 전실 뿐만 아니라 지역사회나 기관까지의 이동도 포함하는 것이며, 전실스트레스 증후군(RSS, Relocation Stress Syndrome)의 용어가 공식화되기 전에는 전실 위기(relocation crisis), 전실 쇼크(relocation shock), 전실 외상(relocation trauma), 전실 불안(transfer anxiety) 등이 함께 사용되고 있었다(Leith, 1999). 이처럼 전실스트레스에 대한 현상은 정의나 개념의 명칭이 서로 합의되어 있지 않은 상태이며, 우리나라에서는 손연정, 홍성경과 전은영(2008)에 의해 전실스트레스의 개념분석이 이루어 졌으며 ‘비자발적인 결정으로 인해 익숙하고 안전한 환경에서 낯설고 익숙하지 않은 환경으로 이동되면서 안전하고 친숙한 관계의 단절과 함께 이동에 따른 스트레스로 인해 발생하는 생리적, 심리사회적 변화’로 정의하고 있다.

선행연구결과를 통해 밝혀진 전실스트레스 관련 요인으로는 개인적 요인, 환경적 요인, 전실관련 요인이 있다.

개인적 요인으로는 연령, 주간호 제공자, 과거 입원경험, 중증도, 중환자실 체류기간, 증상경험 (김수진, 2012; 박진희 등, 2010; Baldwin, Hinge, Dorsett & Boyd, 2009; Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995; McGuire, Basten, Ryan & Gallagher, 2000), 성별, 종교, 경제수준, 교육수준, 전실 만족도, 전실 후 상태불안(김수진, 2012; 박진희 등, 2010; 한정옥, 2010)이 있다.

환경적 요인은 중환자실과 병실 간 물리적 환경 변화, 감시장치 및 의료진의 변화와 같은 환경변화(Leith, 1999; McKinney & Deeny, 2002; Odell, 2000)가 있다. 전실 환자는 병실 간호사 1인이 담당하는 환자의 비율이 중환자실에 비해 많음으로 인해 필요 시 충분한 간호가 제공되지 못하는 것을 우려하여 스트레스를 경험하기도 하고(Carr, 2002), 중환자실에서 제공받은 일대일 간호를 원하며 그로 인해 병실환경에 적응하는데 어려움을 호소한다고 하였다(McKinney & Deeny, 2002).

전실 관련 요인으로서는 전실과정 및 일반병실에 대한 정보부족, 예정되지 않거나 비자발적인 전실, 야간 전실, 전실과정 만족도 등이 있다(김수진, 2012; 박진희 등, 2010; 한정옥, 2010; Paul, Hendry & Cabrelli, 2004; Wesson, 1997). 환자가 전실에 대해 준비가 되어 있지 않거나 전실 시 갑작스럽게 모니터링 장치를 제거할 경우, 중환자실과 일반병실 사이의 차이점에 대한 설명 부족, 야간 전실이나 갑작스럽게 결정된 전실일 경우 전실 불안을 유발하며(Leith, 1999), 중환자실 입원 시 일반병실 전실 시 전실할 병실에 대한 사전 정보를 제공받지 않은 경우(김수진, 2012), 전실과정 만족도가 낮을수록 전실스트레스가 낮다고 보고되었다(박진희 등, 2010).

전실스트레스 증후군의 주요 증상으로는 고독, 우울, 분노, 걱정, 불안 등이 있으며, 이 외에도 식생활 및 수면습관의 변화, 의존성이 지나침, 불안정, 신뢰부족, 활력저하, 통제력 및 체중감소, 기억력 저하 등이 나타나게 된다(NANDA, 1992). Leith(1999)는 전실스트레스가 높을

경우, 질병 회복과정에 대한 개인의 대처 능력이 저하되고 병실에서 이루어지는 소극적으로 치료활동에 대응하게 되고 의료진들에 대한 불신감으로 이어져, 입원기간의 연장 및 삶의 질 저하를 초래하게 된다고 하였다. 더불어, 중환자실의 운영에 있어 막대한 비용은 중환자실 입원 기간을 단축시키고 있다(Wu & Coyer, 2007). 또한, 병원에서는 환자들의 중환자실 입원 기간을 단축시키기 위해 환자들을 일반병실로 옮기거나 가정으로 퇴원 시키는 경우가 점점 더 증가하고 있는 상황이다(임지영, 2003; Wu & Coyer, 2007). 나아가, 중환자실 환자의 건강 상태를 충분히 파악하지 못한 상황에서 이루어지는 조기전실은 재입실을 초래하게 되는데, 이로 인해 환자의 증상악화 및 사망률과 의료비용을 증가시킨다(Watts, Pierson & Gardner, 2007).

또한, 중환자실에서 근무하는 의료진들은 긴박한 환경 내에서 불안정한 중환자의 신체 상태를 안정화하는데 우선 순위를 두고 있어 종종 대상자들의 기본 욕구를 무시하는 경향이 있으며(손연정, 2008), 치료에만 집중하여 중환자실을 떠난 후의 환자 예후나 회복과정에 대해서는 관심을 기울이지 못하고 있다는 실정이다(Chaboyer, Thalib, Alcorn & Foster, 2007).

하지만, 국외의 경우 중환자실 환자가 일반병실로 전실하는 과정에 대한 간호사 주도형 연구는 최근 20년 동안 다방면으로 진행되어 왔다(Boutilier, 2007). 특히 2000년대 이후 중환자실 환자의 전실 스트레스 관련 기초 연구가 활발히 진행되어 왔으며, 전실관련 연계 프로토콜

개발(Cutler & Garner, 1995), 중환자실 환자의 전실관련 교육에 대한 중환자실 및 병실간호사의 인식을 조사한 연구 (Watts et al., 2005)나 전실스트레스를 줄이기 위한 방안으로 소책자 개발(Odell, 2000), 중환자실 연계 간호사(Intensive care unit liaison nurse)의 역할 및 투입 효과에 관한 연구(Chaboyer et al., 2007) 등이 있다. 그리고, 중환자실에서 일반병실로 전실하는 환자를 대상으로 안면불안측정 도구를 이용한 연구(Gustad, Chaboyer & Wallis, 2005)와 전실 스트레스를 줄이기 위한 교육의 효과(Tel & Tel, 2006) 등의 연구들도 있다.

국내 중환자실 환자의 전실과 관련한 연구는 손연정(2008)이 전실 스트레스 증후군(relocation stress syndrome: RSS) 측정도구 개발과 손연정 등(2008)의 전실스트레스의 개념 분석이 있었다. 그 외 손연정 등(2009)이 중환자실 환자의 전실 전후 반응에 대한 간호사들의 인식을 확인하는 연구, 장연수(2000)가 연구한 중환자실 입실과 퇴실 기준, 전실과 관련한 중환자 가족의 스트레스, 김귀현(2006)이 뇌졸중 환자 가족을 대상으로 연구한 정보 제공이 중환자실 퇴실 환자 가족의 불안 및 역할 스트레스에 미치는 영향, 권희경(2008)이 연구한 중환자실 퇴실 시 환자가족의 전동 불안에 영향을 미치는 요인 등이 있다.

그리고, 중환자실에서 일반병실로 전실하는 환자의 전실스트레스 정도 및 관련 요인에 관한 기초 조사연구로 한정옥(2010)의 연구, 중환자실 환자의 전실스트레스 요인(김수진, 2012), 전실스트레스와 교육요구도(정주희, 2012), 전실정보 제공이 중환자실 환자 전실스트레스와 불안에

미치는 효과(박종미, 2013) 같은 전실스트레스와 관련된 연구, 중환자실-병실간 연계형 전환간호 프로그램 개발(손연정 등, 2009) 연구와 전실 업무와 연계간호 관련 연구(윤선희, 조옥희와 유양숙, 2013)가 있는 정도이다.

이처럼 선행연구 중 국내 중환자실 환자의 전실스트레스 수준 및 영향 요인과 이로 인한 결과 등 관련 연구가 부족한 실정이다. 따라서 중환자실에서 일반병실로 전실하는 단계에 있는 환자 및 가족들이 새로이 변화된 상황 및 환경에 적응하는 것을 용이하도록 돕고, 돌봄 과정에서 경험하는 불안 및 스트레스를 완화하기 위해 전실스트레스에 관련한 연구가 다양한 각도로 이루어져야 하겠다. 또한, 이를 바탕으로 환자실 환자의 전실스트레스 정도를 확인하고 전실스트레스를 감소시키는 중재 방안을 모색하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있겠다.

2. 극복력

인간은 살아가는 동안 질병이나 죽음 등과 같은 피해갈 수도 통제할 수도 없는 스트레스를 경험하게 된다(홍성경, 2006). 이러한 어려움 속에서 쉽게 좌절하고 포기하는 사람이 있는가 하면, 어려움을 견디고 더욱더 강해져서 극복하는 사람들도 볼 수 있다. 힘든 상황이지만 어떤 경우에는 심각한 신체적·정신적 문제를 초래하기도 하고 어떤 경우에는 그렇지 않은 다는 점을 극복력 이라는 개념으로 설명할 수 있겠다.

극복력의 사전적 의미를 살펴보면 극복력은 먼저 물리학에서 사용되던 용어로 튀어 오르는 행위, 외부의 압력에 의해 변형된 물체가 이전의 크기와 모양으로 되돌아가는 능력, 탄력의 한계를 초과하지 않는 범위 내에서 탄성체가 회복할 수 있는 잠재적인 에너지로 압력이 가해질 때 원래 상태로 돌아올 수 있는 물질의 유연함, 탄성이라는 의미로 사용되었다.

이러한 극복력이라는 개념은 인간에게 적용되면서 변화나 역경에 쉽게 적응하거나 회복하는 능력(Webster, 1983), 질병, 충격, 역경으로부터 빨리 회복되는 힘(Oxford, 1995)으로 정의되고 있다. Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick와 Sawyer(2003)는 위협과 보호과정들의 상호작용과 생활사건을 수정하기 위해 노력하는 개인의 내적, 외적 특성들의 상호작용을 포함하는 역동적인 과정들로 정의하였으며, Dyer와 McGuinness(2008)는 스트레스 상황에서 강인한 영향과 가능성을 갖게 하는 개념, Waugh, Fredrickson과 Taylor(2008)는 역경과의 상호작용 과정으로 정의하였다. Garmezy(1993)는 극복력을 타고 난 성향의 집합체로 위협 상태나 만성적 스트레스나 외상에도 불구하고 성공적으로 적응을 이룰 수 있는 능력, Druss와 Douglas(1988)은 역경에도 불구하고 용기와 낙천성을 보이며, 상황에 대한 긍정적 관점을 가지고 무엇이나 할 수 있다는 생각으로 삶을 실천하는 것을 극복력이라 하였다.

이상의 사전적 정의를 종합할 때 ‘resilience’는 무생물과 생물에서 같이 쓰여 지고 있으며 사람에게 쓰여 질 때는 모두 질병, 충격, 우울,

역경으로부터 회복하는 힘으로 기술되고 있다.

지금까지 간호학에서는 회복력 또는 극복력으로 사용되어 왔다. 회복력의 경우 신체적인 면에 초점이 맞추어져 있어 심리, 사회적인 면을 포함하여 설명하기에는 부족함이 있다. Polk(1997)는 극복력의 기본 개념을 ‘역경이나 재난을 성장의 경험으로 전환하고 앞으로 나아가는 능력’이라고 정의하였고, Palmer(1997)는 극복력을 ‘위험한 시기에 중요하게 발현되는 속성이 있으며, 행동적, 자신감, 그리고 문제 해결 기술을 포함하여 과거보다 더 나은 삶을 가져올 수 있는 것’으로 설명하고 있어 ‘극복력’이 이러한 개념을 잘 나타내는 적절한 어휘라 할 수 있겠다(임숙빈 등, 2002).

극복력이 높은 환자는 그들에게 처한 어려움과 스트레스를 극복하여 긍정적으로 적응할 수 있는 다양한 심리 사회적 능력이 내재되어 있으며 이러한 긍정적인 특성들은 서로 독립적인 영향을 주는 한편 상호 작용하면서 질병적응 과정을 거치게 된다(Mandleco, 2000).

구본진(2008)의 중년기 여성을 대상으로 한 연구에서는 극복력, 희망, 부부친밀감 및 가족지지가 높을수록 삶의 질이 높게 나타났으며, 우울증 환자를 대상으로 한 김지연(2010)의 연구에서는 가족지지가 높을수록 극복력이 높고 극복력이 높을수록 우울정도가 낮다고 보고하였다. 또한, 극복력의 점수가 높은 집단이 효과적인 대처기전을 사용하고, 긍정적인 감정, 자아존중감, 자아리더쉽 정도가 높았으며, 우울증상 및 부정적인 감정, 스트레스 인식정도가 낮은 것으로 나타났다(Steinhardt & Dolbier,

2008). Lamond 등(2008)도 역경에 긍정적으로 적응하는 극복력이 노인의 성공적인 노화의 중요한 요인이라고 결론 내렸다. 만성질환아를 대상으로 한 신영희, 심미경와 김태임(2006)의 연구에서는 만성질환아의 극복력이 높을수록 삶의 질이 높아졌으며, 김동희와 유일명(2004)의 신증후군환아를 대상으로 부모가 긍정적인 양육태도를 가지고 있는 아동의 극복력이 높을수록 우울이 낮음이 보고되었다. Camardese 등(2007)의 연구에서는 PTSD(post-traumatic stress disorder)와 낮은 극복력 상관관계를 연구한 결과 PTSD의 중재 방법으로 극복력이 사용되어 스트레스에 반응하는 cortisol과 극복력 간의 연구가 시도 되었다.

이 밖에도 혼종모형(Hybrid model)을 적용 하여 척추 손상을 경험한 환자들을 통해 시도된 회복력 개념 개발과 속성연구(김혜성, 1997), 극복력의 유형(김근면, 2005), 만성질환아 가족을 대상으로 한국 가족의 기능 회복력 측정 도구 개발 연구(이은옥 등, 2002), 만성질환아의 극복력 측정도구 개발(김동희, 2002), 예방적 정신간호를 위한 극복력 개념의 탐색(임숙빈 등, 2002), 부모의 음주문제 정도에 따른 청소년의 극복력(이현화, 2003)에 관한 연구가 있었다.

이상의 선행연구들을 종합하여 볼 때, 극복력의 공통적인 핵심 요인은 첫째는 위험요인에 노출되었다는 것이고, 둘째는 위험요인에도 불구하고 긍정적인 발달을 보였다는 것이며(박주영, 2011), 이는 중환자실 환자의 신체적·정신적 특성에서도 매우 유용한 개념이라 할 수 있겠다.

3. 스트레스와 극복력과의 관계

중환자실 환자 중 일부 환자들은 다른 환자에 비해 스트레스 상황에 대해 비교적 잘 적응하여 치료과정을 잘 견디고 질병으로부터 회복하는 것을 볼 수 있다. Higgins(1994)와 Kobasa(1979)의 연구에 의하면 부정적인 생활 사건이나 스트레스를 경험하는 사람들 모두가 신체적, 심리적으로 부정적인 결과물을 내는 것은 아니며 특정한 성격 특성을 가진 사람들은 부정적인 스트레스 상황을 잘 견뎌낸다고 밝히고 있다. 마찬가지로, 극복력을 가진 사람은 스트레스와 어려움에 직면했을 때 상황에 대한 인식과 적절한 대처를 할 수 있는 능력을 가진 사람으로 볼 수 있다(권지은, 2003).

극복력을 가진 사람들은 특징적으로 유능하고, 효과적인 지능과 융통성을 지니며, 스트레스 상황에서 적응적이고, 특정 맥락의 요구에 따라 그들의 지각과 인지와 행동 전략을 변화시키는 것으로 묘사된다(Block & Block, 1980). Milgram와 Palti (1993)는 극복력이 있는 아동들이 학업에 있어서 지적 성취도가 높고, 지적으로 우수한 아이들 중에서도 극복력이 높은 아이들이 더 인지적 능력을 잘 활용하며, 집이나 학교 등에서 사회적 지지를 쉽게 얻는 경향이 있다고 보고하였으며, 박현진(1996)은 극복력이 낮은 사람은 극복력이 높은 사람에 비해 불안, 자존감과 위협과 같은 부정 정서를 감소시키기 위한 정서중심의 대처 전략을

더 많이 사용하고 있다고 보고하고 있다. Cicchetti와 Toth(1991)는 강한 개인적인 특성인 극복력은 어려운 환경에서 부적응을 방지하고 대처의 효율성을 증가시킬 수 있다고 가정한 연구 결과로 극복력이 높을수록 스트레스 상황에서 융통성 있고 효율적으로 적응, 충동통제를 잘 조절하는 행동 특성을 보임으로 스트레스에 성공적으로 대처한다고 하였다.

극복력과 스트레스의 관계를 파악한 선행연구인 간호사의 극복력과 직무스트레스(김부남, 오현숙과 박용숙, 2011), 어머니의 양육스트레스 및 회복탄력성(고유미, 2011), 청소년의 일상적 괴로움과 심리적 스트레스(Pinquart, 2009)에서 극복력이 높을수록 스트레스가 감소하는 것으로 보고되었나, 노인 대상을 대상으로 한 정미경과 이규미(2010)의 연구에서 극복력은 스트레스($r=-.07$)와 상관관계가 나타나지 않았다.

이처럼, 극복력과 스트레스는 주로 부적 상관관계가 있었으나 관계가 규명되지 않은 연구도 있었다.

선행연구에서 중환자를 대상으로 스트레스와 극복력의 관계에 대해 선행된 연구는 찾아볼 수 없었기 때문에 그 정도를 확인하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있겠다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 중환자실에서 일반병실로 전실한 환자를 대상으로 전실 스트레스와 극복력을 파악하고 전실스트레스와 극복력 간의 관계를 규명하고자 시도한 횡단적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 서울특별시에 소재한 S 대학교병원의 내과계, 외과계, 심혈관계, 심폐기계, 응급 중환자실에서 최소 2일 이상 재실 후 상태 호전으로 인해 일반병실로 전실한지 24 ~ 48시간 이내의 환자를 대상으로 실시하였다.

표본의 크기 산정을 위하여 통계적 검정력 분석(Statistical power analysis)을 위한 프로그램인 G-power 3.0을 이용하였다. G-power 3.0 프로그램을 이용한 예상 대상자 수는 다중회귀분석에 필요한 유의수준 .05, 검정력 90%, 효과크기 .15로 하였을 때 154명으로 제시되었다. 대상자 탈락을 고려하여 200명의 대상자를 편의추출 하였으며 설문을 완성한 총 188부를 분석에 사용하였다.

구체적인 선정 기준은 다음과 같다.

첫째, 중환자실 재원기간 최소 2일 이상, 일반병실로 전실 된지

24~48시간 이내인 자

둘째, 설문지의 내용을 이해하고 응답할 수 있다고 판단되는 만 20세

이상인 자

셋째, 의식이 명료하고 의사소통에 장애가 없는 자로, 의식수준

측정도구(Glasgow Coma Scale, GCS)로 측정한 점수가 13점

이상인자

넷째, 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여에 동의한 자

3. 연구도구

1) 전실스트레스

손연정(2008)이 개발한 중환자실 환자를 대상으로 일반병실로의 전실 과정 중 스트레스를 측정하기 위한 도구를 이용하였다. 전실 스트레스의 측정도구는 5점 척도의 23 문항으로 구성되어 있으며 신체적 요인 12 문항(5~60점), 의료진에 대한 인식 8문항(5~40점), 정서적 요인 3 문항(5~15점)으로 나누어진다. 점수범위는 최저 23점에서 최고 115 점으로, 점수가 높을수록 전실 스트레스가 높음을 의미한다.

도구 개발 당시 내적 일관성 신뢰도 Cronbach' s $\alpha = .99$ 였으며 본 연구에서의 Cronbach' s $\alpha = .85$ 이었다.

2) 극복력

Wagnild와 Young(1993)이 개발한 극복력 척도를 송양숙(2004)이 한국말로 번역하여 만든 도구를 사용하였다. 이 도구는 5점 척도의 25문항으로 구성되어 있으며 개인의 유능성(17문항)과 자신의 삶의 수용(8문항)으로 이루어져 있다. ‘매우 그렇다’ 5점부터 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로, 최저 25점부터 최고 125점이며 점수가 높을수록 극복력이 높음을 의미한다.

개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach' s $\alpha = .85$ (Wagnild & Young, 1993)이었고, 송양숙(2004)의 연구에서는 Cronbach' s $\alpha = .88$ 이었으며 본 연구에서의 Cronbach' s $\alpha = .89$ 였다.

3) 전실 관련 특성

전실 관련 특성으로 전실하기 이전 전실에 대한 정보 제공 유무, 전실에 대한 본인 동의 여부, 전실할 병실에 관련된 정보 제공 유무, 가족에게 전실병실 관련 정보 제공 유무에 대해서는 설문지를 통해 자료를 수집하였고, 전실 시간은 전자의무기록을 통해 조사하였다.

4) 질병 관련 특성

질병 관련 특성은 입원경로, 진료과, 질병 과거력, 수술경험, 입원 경험, 중환자실 재원기간, 기계 환기 경험, 통증, 중환자실 중증도 분류,

전실 시 삽입된 기구로 총 10 문항이며, 이는 환자의 전자의무기록을 통해 조사하였다.

4. 자료수집 방법

자료 수집은 2013년 4월 22일부터 2013년 8월 31일까지 약 4개월 동안 서울특별시에 소재한 S 대학교병원에서 중환자실 치료를 받은 후 상태 호전으로 인하여 일반병실로 전실한 환자를 대상으로 하였다.

자료 수집 전 해당 병원의 의학연구윤리심의위원회의 심의를 거쳐 연구 승인을 받은 후 간호본부와 연구가 이루어질 병실 관계자들에게 연구의 취지와 목적을 설명하고 자료수집 및 연구 허락을 받고 협조를 얻어 자료수집을 실시하였다.

자료 수집은 직접 연구자가 기준에 적합한 환자에게 연구의 목적 및 취지를 설명하고 연구에 참여할 의사를 밝힌 환자에게 ‘연구 참여 동의서’를 받은 후 설문지를 배포하고 환자가 직접 작성하도록 하였다.

설문지 작성 시 도움이 필요한 환자는 연구자가 문항을 읽어주고 표시 과정에 도움을 주도록 하였다. 환자가 작성한 설문지는 그 자리에서 바로 검토과정을 거쳐 응답이 누락된 항목이 발생하지 않도록 하였다.

또한, 설문조사에 응답한 환자들의 전자의무기록을 바탕으로 하여 연구에 필요한 항목에 대해 조사하였다.

5. 윤리적 고려

자료 수집 전에 S 대학교병원 의학연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받고(IRB No. H-1302-069-467), 연구논문 자료수집 의뢰신청서를 간호본부에 제출하여 허락을 받았다.

대상자의 권익보호를 위해 설문지를 배부하기 전에 각 대상자마다 연구의 목적과 연구과정에 관한 정보를 제공하였고, 연구 자료는 학술적 연구 목적으로만 사용할 것을 명시하였다. 응답하는 내용은 모두 무기명으로써 비밀이 보장되며 참여를 희망하지 않을 경우에는 언제라도 자유롭게 설문을 중단할 수 있고, 중단하더라도 어떠한 불이익이 없음에 대해 설명하였다. 이러한 설명을 들은 후 연구에 참여하기로 구두 동의한 대상자에 한하여 연구참여 동의서에 서명을 받고 자료를 수집하였다. 설문에 협조한 대상자에게는 소정의 사례를 하였다. 수집한 자료는 보안이 유지되는 곳에 따로 저장하고 사용하였으며 연구 종료 후 분쇄 폐기하였다.

6. 자료분석 방법

수집된 자료를 분석하기 위해 SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며 구체적인 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 전실관련 특성, 전실스트레스 정도, 극복력 정도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성, 전실관련 특성에 따른 전실스트레스와 극복력 정도의 차이는 t-test, one way ANOVA를 이용하고, 사후검정은 Scheffé test를 이용하였다.
- 3) 전실스트레스와 극복력 간의 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 대상자 총 188명의 일반적 특성으로 성별은 남자가 111명(59.0%), 여자가 77명(41.0%)이었으며, 연령은 평균 62.5세로 70세 이상이 72명(38.3%), 60세~69세 47명(25.0%) 이었다.

결혼상태는 미혼이 18명(9.6%), 기혼이 170명(90.4%)이었다. 학력은 중졸 이하가 74명(39.4%)으로 나타났고, 직업은 없는 사람이 100명(53.2%)이었으며, 월 소득수준은 월 100~300만원 사이가 123명(65.4%)으로 나타났다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants

N=188

Characteristic	Classification	n	%	Mean±SD
Gender	Male	111	59.0	
	Female	77	41.0	
Age (years)	<30	8	4.3	62.51±14.39
	30 ~ 39	10	5.3	
	40 ~ 49	10	5.3	
	50 ~ 59	41	21.8	
	60 ~ 69	47	25.0	
	≥70	72	38.3	
Marital status	Single	18	9.6	
	Married	170	90.4	
Education	≤Middle school	74	39.4	
	High school	60	31.9	
	≥College	54	28.7	
Occupation	Yes	88	46.8	
	No	100	53.2	
Religion	Yes	104	55.3	
	No	84	44.7	
Income (10,000won)	<100	19	10.1	
	100 ~ 300	123	65.4	
	≥300	46	24.5	

2. 질병관련 특성

질병관련 특성으로 중환자실 입원 경로는 응급실을 통해 입원한 경우가 102명(54.3%), 외래를 통한 입원이 79명(42%)이었다.

진료과는 내과가 62명(32.9%), 흉부외과가 46명(24.5%), 외과 24명(12.8%), 신경외과 23명(12.2%), 응급의학과 19명(10.1%)이었다.

기저질환이 있었던 경우가 96명(51.1%)이었고, 수술경험이 없는 경우가 96명(51.1%)이었다. 병원 입원경험에서는 입원경험이 있는 경우가 106명(56.4%)이고 없는 경우가 82명(43.6%)이었다.

중환자실 재원기간은 3일 이하가 92명(48.9%), 4~5일이 46명(24.5%), 6~7일이 21명(11.2%), 8일 이상이 29명(15.4%)이었으며 평균 재원 일수는 5.5일이었다.

기계환기 경험이 없는 경우가 104명(55.3%)이고, 통증점수는 0점이 120명(63.8%)로 가장 많았으며 평균 점수는 0.58점이었다.

중환자 분류도구에 의한 중증도는 5군이 122명(64.9%), 4군이 39명(20.7%), 3군 이하가 27명(14.4%)이었다.

전실 시 환자에게 삽입된 기구의 수는 0개인 경우가 54명(28.7%), 1개인 경우가 50명(26.6%)이고 2 ~ 3개가 79명(42.0%), 4개 이상인 경우가 5명(2.7%)이었다(Table 2).

Table 2. Disease Related Characteristics

N=188

Variables	n	%	Mean \pm SD
Admission route			
Outpatient	79	42.0	
Emergency room	102	54.3	
Other hospitals	7	3.7	
Department	62	32.9	
Internal Medicine	5	2.7	
Neurology			
General Surgery	24	12.8	
Neurosurgery	23	12.2	
Chest Surgery	46	24.5	
Orthopedic Surgery	4	2.1	
Urology	2	1.1	
Emergency Medicine	19	10.1	
OBGY	2	1.1	
ENT	1	0.5	
Underlying disease			
Yes	96	51.1	
No	92	48.9	
Operation experience (past)			
Yes	92	48.9	
No	96	51.1	
Admission experience (past)			
Yes	106	56.4	
No	82	43.6	
Length of stay in ICU (day)			
≤ 3	92	48.9	5.51 \pm 6.04
4 ~ 5	46	24.5	
6 ~ 7	21	11.2	
≥ 8	29	15.4	

Experience of mechanical ventilation			
Yes	84	44.7	
No	104	55.3	
Pain(Score)			0.58 ± 2.81
0	120	63.8	
2	4	2.1	
3	12	6.4	
≥ 4	52	27.7	
Patient severity classification			
≤ 3	27	14.4	4.53 ± 0.78
4	39	20.7	
5 ~ 6	122	64.9	
The number of medical devices at transfer to ward			
0	54	28.7	1.40 ± 1.20
1	50	26.6	
2 ~ 3	79	42.0	
≥ 4	5	2.7	

· ICU = Intensive Care Unit

.. OBGY = Obstetrics and Gynecology, ENT = Ear, Nose, Throat

3. 전실관련 특성

대상자 중 일반병실로 전실 될 것임에 대해 통보를 받은 경우가 162명(86.2%)이며 전실에 동의한 경우가 128명(68.1%)이었다.

전실할 병실에 대해 정보를 제공 받은 경우는 73명(38.8%), 제공 받지 못한 경우 115명(61.2%)으로 나타났다.

병실 정보에 대해 가족이 함께 정보를 제공 받은 경우는 77명(41.0%), 제공 받지 못한 경우는 111명(59.0%)이었다.

전실시간은 낮 시간(8AM~6PM)이 146명(77.7%)으로 가장 많았다 (Table 3).

Table 3. Relocation Related Characteristics

N=188

Variables	Categories	n	%
Announcement of Relocation	Yes	162	86.2
	No	26	13.8
Agreement of Relocation	Yes	128	68.1
	No	60	31.9
Providing Relocation information to Patient	Yes	73	38.8
	No	115	61.2
Providing Relocation information to Family	Yes	77	41.0
	No	111	59.0
Time of Relocation	Day (8AM ~ 6PM)	146	77.7
	Night (6PM ~ 8AM)	42	22.3

4. 전실스트레스 정도

본 연구에 참여한 대상자의 전실스트레스의 정도는 총 115점 만점에 평균 69.59 ± 6.68 , 평균 평점 3.03점으로 100점 환산점수 60.5점의 수준이었다.

하부요인인 신체적 요인의 평균은 36.09점, 의료진에 대한 인식은 25.03점, 정서적 요인의 평균은 8.96점으로 나타났다 (Table 4).

Table 4. The Score of Relocation Stress

N=188

Scale	Mean \pm SD	Item Mean	Number of Questions	Range
Relocation Stress	69.59 ± 6.68	3.03	23	23 ~ 115
Physical factors	36.09 ± 4.08	3.15	12	12 ~ 60
Health Care Providers	25.03 ± 3.37	3.17	8	8 ~ 40
Emotional Factors	8.96 ± 2.05	3.09	3	3 ~ 15

5. 극복력 정도

대상자의 극복력은 총 125점 만점에 평균 86.47점이었다.
하부요인인 개인유능성에서는 평균 58.90점, 자신의 삶의 수용에서는
평균 28.09점이었다(Table 5).

Table 5. The Score of Resilience

N=188				
Scale	Mean±SD	Item Mean	Number of Questions	Range
Resilience	86.47±10.00	3.46	25	25 ~ 125
Personal competence	58.90± 7.02	3.58	17	17 ~ 85
Acceptance of life	28.09± 3.35	3.63	8	8 ~ 40

6. 일반적 특성, 질병관련 특성, 전실관련 특성에 따른 전실 스트레스와 극복력 정도의 차이

1) 일반적 특성에 따른 전실스트레스와 극복력 정도의 차이

성별, 연령, 교육정도, 종교, 결혼상태, 직업유무, 월수입에 따라서 전실스트레스와 극복력은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다(Table 6).

Table 6. Differences of Relocation Stress and Resilience according to General characteristics

N = 188

Characteristic	Relocation Stress			Resilience		
	Mean±SD	t or F	p	Mean±SD	t or F	p
Gender						
Male	69.79±6.52	.50	.62	86.32±10.17	- .24	.81
Female	69.30±6.94			86.68± 9.82		
Age(years)						
<30	68.63±4.37	1.26	.29	87.50± 5.10	.08	.99
30 ~ 39	70.80±4.83			86.00± 9.74		
40 ~ 49	66.10±8.83			85.00±11.55		
50 ~ 59	68.66±6.60			86.51± 9.63		
60 ~ 69	71.04±6.85			86.23± 9.03		
≥70	69.60±6.64			86.75±11.23		
Education						
≤Middle school	69.54±7.12	.11	.89	85.82±11.40	.91	.40
High school	69.90±6.66			85.87± 8.56		
≥College	69.59±6.68			88.02± 9.43		
Religion						
Yes	69.20±7.02	.89	.38	86.92±10.31	- .69	.49
No	70.07±6.25			85.90± 9.63		
Marital status						
Single	69.39±4.89	- .18	.86	86.72± 6.57	.16	.87
Married	69.61±6.86			86.44±10.31		
Occupation						
Yes	69.77±7.10	- .35	.73	86.74±10.10	- .35	.73
No	69.43±6.33			86.23± 9.96		
Income(10,000won)						
<100	67.68±6.52	1.04	.35	85.89±10.77	1.37	.25
100 ~ 300	69.62±6.73			85.76±10.20		
≥300	70.30±6.68			88.59± 9.01		

2) 질병 관련 특성에 따른 전실스트레스와 극복력 정도의 차이

본 연구에서 대상자의 질병 관련 특성인 중환자실 입원경로, 진료과, 기저질환 유무, 수술경험 유무, 병원 입원경험, 중환자실 재원기간, 기계환기 경험 유무, 통증점수, 중환자 분류에 의한 중증도, 전실 시 환자에게 삽입된 기구 중 전실스트레스와 극복력 간의 유의한 차이를 보인 특성은 없었다(Table 7).

Table 7. Differences of Relocation Stress and Resilience according to Disease Related Characteristics

N = 188

Characteristic	Relocation Stress			Resilience		
	Mean±SD	t or F	p	Mean±SD	t or F	p
Admission Route						
Outpatient	69.95±6.99			87.22±10.04		
Emergency room	69.39±6.45	.26	.77	85.89±10.13	.39	.68
Other hospitals	68.43±7.14			86.46± 7.99		
Department						
Internal Medicine	70.48±6.60			84.63± 9.55		
Neurology	66.20±4.50			79.00± 4.90		
General Surgery	68.92±6.03			89.42± 9.52		
Neurosurgery	68.78±7.60			86.57±13.56		
Chest Surgery	69.59±7.40	.64	.76	86.87± 8.80	1.10	.37
Orthopedic Surgery	72.25±5.74			92.00±13.54		
Urology	71.00±2.83			90.50± 9.19		
Emergency Medicine	68.00±5.87			90.50± 9.20		
OBGY	72.50±7.78			93.50± 9.20		
ENT	73.00			91.00		
Underlying Disease						
Yes	69.88±6.95	.60	.55	86.66±10.46	.28	.79
No	69.29±6.42			86.27± 9.55		
Operation						
Yes	69.58±6.70	- .91	.37	85.48± 9.52	-1.39	.17
No	69.60±6.70			87.50±10.43		
Admission Experience						
Yes	70.11±6.62	1.22	.22	86.28± 9.97	- .29	.77
No	68.91±6.74			86.71±10.10		

Length of Stay in ICU(day)						
≤ 3	70.33±6.71	1.06	.37	86.71±10.36	0.96	.96
4 ~ 5	68.39±5.97			86.43± 9.51		
6 ~ 7	70.14±7.43			86.71±10.47		
≥ 8	68.76±7.08			85.59± 9.72		
Experience of Mechanical Ventilator						
Yes	69.76±6.32	.32	.75	87.36±10.60	1.10	.27
No	69.45±6.99			85.75± 9.48		
Pain(Score)						
0	69.13±6.65			85.65±10.07		
2	70.75±5.19	.77	.52	86.25±10.34	2.05	.11
3	68.33±6.58			83.00±10.62		
≥ 4	70.67±6.91			89.17± 9.36		
Patient Severity Classification						
≤ group III	71.81±7.54			85.67±10.47		
group IV	68.87±6.77	1.83	.16	86.03± 9.14	.19	.83
group V ~ VI	69.33±6.68			86.79±10.22		
Number of Medical Devices at Ward Transfer						
1	69.84±6.27			85.84±10.85		
2 ~ 3	69.18±7.22	.33	.72	86.89± 8.82	1.39	.26
≥ 4	71.00±7.18			93.00±10.00		

· Patient severity classification : group III—score of 33~65, group IV—score of 66~98, group V—score of 99~150, group VI : score of 151 ~

3) 전실 관련 특성에 따른 전실스트레스와 극복력 정도의 차이

전실스트레스와 극복력이 전실 관련 특성인 전실예고 유무, 전실 동의 여부, 전실할 병실에 대한 정보 제공, 가족에게 전실관련 정보제공 유무, 전실 시간에 따라 유의하게 차이를 보인 결과는 다음과 같다(Table 8).

전실스트레스는 전실이 예고되지 않은 경우가 71.27점으로 전실이 예고된 경우 69.32점보다 높았으며 이는 유의한 차이가 있었다($t=-2.41, p=0.01$).

전실스트레스의 하부요인 중에서는 정서적 요인이 유의하게 높았다($t=-2.03, p=0.01$) (Table 9-1).

극복력은 전실 시 가족이 전실 관련 정보를 제공받은 경우가 88.18점으로 정보를 제공받지 못한 경우의 85.28점보다 높았으며 이는 유의한 차이가 있었다($t=1.97, p=0.05$).

극복력의 하부요인인 개인유능성($t=2.43, p=0.02$), 자신의 삶의 수용($t=2.93, p=0.00$) 모두 유의하게 높은 것으로 나타났다(Table 9-2).

Table 8. Differences of Relocation Stress and Resilience according to Relocation Related Characteristics.

N =188

Characteristic Classification	Relocation Stress			Resilience		
	Mean±SD	t or F	<i>p</i>	Mean±SD	t or F	<i>p</i>
Announcement of Relocation						
Yes	69.32±6.69	−2.41	.01	86.62± 9.92	− .51	.62
No	71.27±6.53			85.50±10.61		
Agreement of Relocation						
Yes	69.23±6.71	−1.07	.29	87.20±10.35	1.53	.13
No	70.35±6.62			84.92± 9.10		
Providing Relocation Information to Patient						
Yes	68.57±7.35	−1.38	.18	85.04±10.26	.62	.54
No	70.11±6.21			86.10± 9.86		
Providing Relocation Information to Family						
Yes	69.57±7.35	− .03	.97	88.18±10.52	1.97	.05
No	69.60±6.21			85.28± 9.50		
Time of Relocation						
Day	69.26±6.51	−1.27	.21	86.12± 9.84	−.90	.37
Night	70.74±7.18			87.69±10.57		

• Day = 8AM ~ 6PM, Night= 6PM ~ 8AM

Table 9–1. Differences of Relocation Stress Subscales according to Announcement of Relocation

N =188

Characteristics	Announcement of Relocation			
	Yes	No	t or F	<i>p</i>
	Mean±SD	Mean±SD		
Relocation Stress				
Physical factors	36.03±4.04	36.46±4.39	– .47	.64
Health Care Providers	25.05±3.36	24.88±3.50	.22	.82
Emotional Factors	8.89±2.10	9.38±1.70	–2.03	.01

Table 9–2. Differences of Resilience Subscales according to Providing Relocation Information to Family

N =188

Characteristics	Providing Relocation Information to Family			
	Yes	No	t or F	<i>p</i>
	Mean±SD	Mean±SD		
Resilience				
Personal competence	60.38±7.02	57.87±6.87	2.43	.02
Acceptance of life	28.94±3.39	27.50±3.20	2.93	.00

7. 전실스트레스와 극복력과의 상관관계

대상자의 전실스트레스와 극복력은 Pearson correlation coefficient로 분석한 결과, 전실스트레스와 극복력은 부적 상관관계 ($r=-.209$, $p=.004$)가 있는 것으로 나타났다.

전실스트레스의 하위 요인 중 신체적 요인과 극복력($r=-.217$, $p=.003$), 의료진에 대한 인식과 극복력($r=-.226$, $p=.002$)은 유의한 부적 상관 관계를 나타내었다.

전실스트레스의 하위분류인 의료진에 대한 인식과 극복력의 하위 요인인 개인유능성($r=-.255$, $p=.002$)과 자신의 삶의 수용성($r=-.213$, $p=.003$)은 유의한 상관관계를 보였다.

전실스트레스의 하위분류인 신체적 요인과 극복력의 하위분류인 자신의 삶의 수용($r=-.215$, $p=.003$)은 부적 상관관계를 나타내었다.

Table 10. Correlation between Relocation Stress and Resilience

N=188

Factor	Relocation Stress	Relocation Stress			Resilience	Resilience	
		Physical factors	Health Care Providers	Emotional Factors		Personal competence	Acceptance of life
	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)	<i>r</i> (<i>p</i>)
Relocation Stress	1						
	Physical factors	.531 ($<.001$)	1				
Relocation Stress	Health Care Providers	.509 (.000)	.490 (.000)	1			
	Emotional Factors	.155 (.033)	-.009 (.901)	.002 (.981)	1		
Resilience		-.209 (.004)	-.217 (.003)	-.226 (.002)	-.148 (.042)	1	
	Personal competence	-.159 (.029)	-.160 (.028)	-.255 (.002)	-.108 (.139)	.654 ($<.001$)	1
Resilience	Acceptance of life	-.154 (.035)	-.215 (.003)	-.213 (.003)	-.070 (.337)	.582 ($<.001$)	.806 ($<.001$)

V. 논의

본 연구는 중환자실에서 일정기간 체류 후 일반병실로 전실한 환자들의 전실스트레스와 극복력 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 규명하고자 시도 되었다. 이에 본 연구 결과를 중심으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

1. 전실스트레스

본 연구에서 전실스트레스 정도는 총 115점 만점에 평균 69.59점, 100점 환산점수 60.5점이었다. 같은 도구를 이용한 연구와의 100점 환산점수를 비교하여 보면, 정주희(2012) 연구에서 33.0점, 김수진 (2012) 연구에서 56.8점, 박진희 등(2010) 연구에서 38.5점으로 본 연구의 전실스트레스가 높게 나타났다.

전실스트레스는 중환자실 재원기간이 길수록(McGuire et al., 2000; 박진희 등, 2010 ; 한정옥, 2010; Chaboyer et al., 2005; Cutler & Garner, 1995), 전실 직후에 높다(Gustad, Chaboyer & Wallis, 2008)고 알려져 있다. Leith(1999)는 중환자실 재원기간이 길수록 중환자실 의료진에 대한 심리적 의존성이 증가하여 중환자실에서의 전실이 곧 심리적 지지의 종결과 연결되어 환자의 심리적 불안을 야기한다고 보았다. 본 연구에서의 중환자실 평균 재원일이 5.51일이었고 박종미(2013)의 연구에서는 3.73일,

김수진(2011)의 연구에서는 5일 이하인 경우가 48%였으며, 박진희 등(2010)과 정주희(2012)의 연구에서도 평균 재원일이 3일 이하가 55.4%임을 비교하여 볼 때, 본 연구에서의 중환자실 재원일이 길고, 이에 따라 전실스트레스가 높게 나타난 것으로 생각된다.

대상자의 일반적 특성, 질병특성에 따른 전실스트레스의 정도 차이가 없는 것으로 나타났는데, 이는 중환자실 환자는 일반 병동으로 전실할 때 일반적 특성, 질병특성과 관계없이 일정 수준의 전실스트레스를 받고 있기 때문으로 사료된다.

대상자의 전실 관련 특성별 전실스트레스 정도는 전실예고 유무에 따라 전실스트레스 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전실 예고 유무에 따른 전실스트레스 정도는 전실이 예고되지 않은 경우가 높았는데, 이와 같은 결과는 한정옥(2009), 박진희 등(2010), 박종미 (2013)의 연구 결과와 일치한다.

또한, 전실스트레스의 하위요소 중 정서적 요인이 전실예고 유무에 따른 유의한 차이를 나타내었다. 정서적 요인에는 ‘일반 병실로 가는 것에 대해 나보다 가족들이 더 불안해하는 것 같았다’, ‘몸에 붙어 있던 여러 장치들을 갑자기 떼어내니 불안하였다’, ‘병실결정 이후 나에 대한 중환자실 의료진들의 관심이 줄어든 것 같았다’로 불안, 외로움, 우울, 허약감 같은 부정적인 감정, 가족과 관련된 정서적 측면이 포함되어 있다(손연정 등, 2008). 중환자실 환자는 일반병실로 전실할 때 일반 적인 입원보다 더 높은 불안을

겪게 되며(황선경, 1998), 불안이 높을수록 전실스트레스가 높고(한정옥, 2009), 불안을 해소하여 전실 스트레스를 감소시킬 수 있는 간호중재에 전실예고가 필수요소임을 알 수 있다.

이와 같은 결과는, 환자나 보호자가 전실 준비와는 무관하게 짧은 면회시간 동안 중환자실 의료진으로부터 환자 상태 및 치료계획에 대한 설명이 전부이며(손연정, 2009), 환자의 신체적 상태가 고려된 예정된 전실 외에도 응급상황 등에 따른 중환자실로의 전입과 일반병실로의 전실이 빈번한 현장에서 환자와 가족을 위한 개별화된 전실 교육은 이루어지지 않고 있기 때문으로 파악된다. 전실교육 부재로 인해 환자와 가족은 충분하게 전실에 대해 준비할 시간이 부족하며, 전실에 대해 환자가 결정하고 선택하는 기회가 적고, 선택 능력 또한 감소되어 있어 무기력하고 이에 따라 전실스트레스가 높을 것이다. 즉, 상황을 통제하고 예측하는 능력에 따라 성공적인 대처가 결정되는데(Jones & O'Donnell, 1994), 전실 예고 없이 중환자실에서 전실한 환자는 대처능력이 저하 되어 있고, 이에 따라 전실스트레스가 상승되는 것으로 생각된다. 따라서, 퇴원계획은 환자가 병원에 입원하는 순간부터 이루어져야 한다(Watts et al., 2007)는 연구결과와 같은 맥락으로 중환자실 입실 시부터 전실에 대한 계획 및 안내가 필요할 것으로 생각된다.

이와 같은 결과는 최근 미국, 호주와 뉴질랜드에서 전실스트레스를 줄이기 위한 연구들이 많이 시행 되고 있고, 이를 근거로 미국의 NICE (National Institute Health and Clinical

Excellence)에 의해 발행된 중환자를 위한 가이드라인에서는 전실대상자에게 책임있는 전담팀을 제공하여 지속적으로 계획된 관리를 해 주어야 함을 권고하고 있으며, 전실이 원활하고 계획적이며 표준화되어야 한다(한정옥, 2009)는 것과 그 의미를 함께하고 있다. 따라서, 전실과정의 표준화 및 전실프로그램 이 개발되어 전실스트레스를 감소 시킬 수 있는 중재가 필요할 것으로 사료된다.

2. 극복력

본 연구에서 극복력의 정도는 총 125점 만점에 평균 86.47점, 평점 평균 3.46점으로 100점 환산점수는 69.2점이었다. 선행연구와의 100점 환산점수를 비교하여 보면, 노인을 대상으로 한 Wagnild와 Young (1993)의 연구에서 84.1점, 산모를 대상으로 한 Killien과 Jarrett (1993)의 연구에서의 81.0점, 뇌경색 환자를 대상으로 한 배순영(2005)의 연구에서 66.4점, 만성질환아 대상의 백경원(2005)의 연구에서 79.1점으로 중환자실 환자의 극복력은 타 대상자보다 낮은 것으로 나타났다.

이는 다른 집단 대상자보다도 중환자실 환자들은 급성기 때의 집중 감시 및 집중치료를 받았고 어느 정도 회복되어 일반병실로 이동하는 과정 모두에서 스트레스를 경험하였고, 극심한 스트레스 상황에 많이 노출되었기 때문이라고 생각된다.

대상자의 일반적 특성, 질병관련 특성에 따른 극복력의 유의한

차이는 없었다. 하지만, 암환자(이은경, 2006)와 우울증 환자(김지연, 2010), 만성질환 아동(백경원, 2005)이나 호스피스 대상자(이시원, 2009)에서 연령, 성별, 경제상태, 결혼상태, 교육 수준, 주간호자에 따라, 그리고, 투석환자(공명수, 2009), 우울증 환자(김지연, 2010), 만성질환아(백경원, 2005)의 경우 자각하는 건강상태나 진단기간, 질병이환 기간에 따라 극복력에 차이가 있다, 환자의 상황이나 질병에 따라 극복력의 차이를 보이고 있으므로, 향후 환자의 특성별로 세분화된 연구가 필요함을 알 수 있다.

대상자의 전실 특성별 극복력 정도는 가족에게 전실정보 제공 유무에 따라 극복력 정도에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 우리나라의 경우, 가족중심 문화로 인하여 환자의 상태나 치료 계획에 대해 대부분 가족에게 설명하고 있고 가족의 의사를 존중하고 있다(장지영 & 김용석, 2011). 이와 같은 문화적 요인에 기인한 가족간의 강한 유대 관계는 환자를 지지하는 가장 중요한 기능을 하게 되고(박원희, 1991), 가족 지지는 가족 체계 내에서 스트레스를 경험하는 상황에 노출된 개인을 정서적, 정신적으로 도와주게 된다(권은희, 2003). 마찬가지로 중환자실 환자 가족에게 전실 관련정보를 제공한 경우, 가족이 환자에게 전실에 대해 정보를 제공해 주고 신체적·정서적 지지를 해줌으로써 삶의 질을 높이는데 많은 영향을 주게 된다(안윤정, 2004). 가족의 지지로 만족된 삶의 질은 극복력을 높이는데 영향력이 있었을 것으로 생각된다. 이와 같은 결과는, 이은경(2006)의 연구에서 극복력과

가족지지는 유의한 정적 상관관계가 있다는 결과와 송양숙(2004)의 신체장애인의 가족 지지가 높을수록 극복력이 높고, 암환아를 간호하는데 있어 가족을 포함 한 간호를 통해 극복력을 함께 증진시켜야 한다(신혜원, 2005)는 것과 같은 맥락이다.

3. 전실스트레스와 극복력과의 관계

본 연구에서 중환자실 환자의 전실스트레스와 극복력은 부적 상관 관계($r=-.209$)가 있는 것으로 나타났다. 이는 선행연구에서 대상자에 차이는 있지만, 정선경(2012)의 암환자의 극복력과 스트레스 관계, 김부남 등(2011)의 연구에서 간호사의 직무 스트레스와 극복력, 박주영(2011)의 연구에서 간호 대학생의 스트레스는 극복력과 부적 상관 관계가 있다는 결과와 강현임과 이정란(2012)의 연구에서 간호 대학 신입생의 스트레스와 극복력 간의 부적 상관관계가 있다는 것과 일치한다. 이 밖에도 국내 중국유학생을 대상으로 한 유명란 등(2013)의 연구, 감정노동자를 대상으로 한 지명원(2012)의 연구, 여고생을 대상으로 한 김건희와 황은희(2012)의 연구, 의학전문대학원생을 대상으로 한 홍성연(2011)의 연구에서도 극복력과 스트레스는 유의한 부적 상관관계를 나타내었다. 하지만, 극복력과 스트레스의 정미경과 이규미(2010)의 연구에서는 스트레스와 극복력은 상관관계가 없었다는 것으로 본 연구 결과와는 일치하지 않았다. 하지만, 대부분의 연구 결과에서

스트레스와 극복력은 부적 상관관계를 보였으며, 이것은 중환자의 극복력을 증진시키면 전실스트레스를 감소시킬 수 있음을 시사하고, 이를 위한 다양한 간호 중재 개발이 필요함을 알 수 있다.

이상의 연구 결과를 종합해 보면, 전실스트레스와 극복력은 일반적 특성과 질병 관련 특성에는 유의한 차이가 없었으며, 전실에 대해 미리 알려 주는 것이 전실 스트레스를 줄여주고, 가족에게 전실 관련 정보를 제공해 주는 것이 환자의 극복력을 높이는데 도움이 되는 것으로 나타났다. 또한, 전실스트레스와 극복력은 유의하게 부적 상관관계를 보이고 있으므로 극복력 증진을 통해 전실스트레스를 완화시킬 수 있음을 나타낸다고 하겠다.

따라서, 전실스트레스 관리를 위한 극복력 증진 간호중재 프로그램 개발 시 중환자실 입실에서부터 전실에 대해 미리 알려주고, 전실에 대한 정보 제공 시 가족이 반드시 포함되어야 할 것이다.

그러나 본 연구에서는 서울의 일개 종합병원의 중환자실에서 일반 병실로 전실한 환자들을 대상으로 1회적으로 전실스트레스 및 극복력 수준을 파악한 횡단적 조사 연구라는 제한점이 있으므로, 일반화하기에는 어려움이 있다. 또한, 여러 연구들과의 관련 특성이 다양한 결과를 보이고 있어 반복 연구 축적이 필요할 것으로 생각된다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 중환자실 환자의 전실스트레스와 극복력 정도를 파악하고 이들 간의 관계를 파악하기 위한 횡단적 조사연구이다. 이를 위해 서울에 위치한 일개 대학병원의 중환자실 입원환자 188명을 대상으로 2013년 4월 22일부터 8월 31일까지 자료 수집을 하였다. 연구 도구는 손연정(2008)의 전실스트레스 측정 도구와 송양숙(2004)의 극복력 측정 도구를 사용하였다.

수집된 자료는 연구의 목적에 따라 기술 통계(빈도, 백분율, 평균, 표준편차), t-test, one way ANOVA, Pearson Correlation Coefficient 를 사용하여 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 전실스트레스 정도는 총 115점 만점에 평균 69.59 ± 6.68 점, 평균 평점 3.03, 100점 환산점수 60.5점으로 높은 수준이었다.
2. 대상자의 극복력 정도는 총 175점 만점에 평균 86.47 ± 10.00 점, 평균 평점 3.46으로 100점 환산점수 69.2점의 수준으로 낮은 수준이었다.

3. 대상자의 전실스트레스에 유의한 차이를 보인 전실관련 특성은 전실 예고 유무($t=-2.41, p=0.01$)로 나타났다.
4. 대상자의 극복력에 유의한 차이를 보인 전실관련 특성은 가족에게 전실 관련 정보 제공 유무($t=1.97, p=0.05$)로 나타났다.
5. 중환자실 환자의 전실스트레스와 극복력은 통계적으로 유의한 부적 상관관계를 갖는 것으로 나타났다($r=-.209, p=.004$).

이와 같은 연구 결과를 바탕으로, 중환자실에서 일반병실로 옮겨지는 환자의 전실스트레스 감소와 극복력 증진을 위해서는 중환자실 환자에게는 중환자실 입실 때부터 전실에 대한 정보 제공이 필요하며, 가족에게도 전실 교육 프로그램과 교육 자료 등의 간호중재가 필요하며 이를 전문적으로 수행하는 중환자실 연계 간호사 형태의 역할 또한 필요하다고 사료 된다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 전실스트레스와 극복력에 영향요인이 연구별로 차이가 있으므로, 연구 대상자 또는 연구 병원을 확대하여 같은 연구를 반복 해 볼 것을 제언한다.

2. 본 연구에는 포함되지 않았으나 전실스트레스와 극복력에 영향을 미칠 수 있는 다른 요인들을 포함한 연구를 제안한다.
3. 전실스트레스를 관리하고 극복력을 높일 수 있는 프로그램 개발 및 이를 적용한 실험연구를 제안한다.
4. 중환자실 연계 간호사의 중재가 포함된 프로그램 개발 및 실험연구를 제안한다.

참고 문헌

- 강현임, & 이정란. (2012). 일 간호대학 신입생의 MBTI 성격유형과 스트레스, 극복력, 학교적응. *한국학교보건교육학회지*, 13(3), 1-12.
- 고유미. (2011). 어머니의 양육스트레스 및 회복탄력성과 유아의 자기통제력간의 관계. 경원대학교 일반대학원 석사학위논문, 성남.
- 고진강. (2007). 중환자실 환자의 불안 정도와 불안에 영향하는 요인 분석. *대한간호학회지*, 37(4), 587.
- 공명수. (2009). 투석환자의 희망과 극복력(Resilience)에 관한 연구. 이화여자대학교 임상보건과학대학원 석사학위논문, 서울.
- 권은희. (2003). 뇌졸중 환자의 재활동기에 관한 연구 : 개인 및 가족지지 요인을 중심으로. 이화여자대학교대학원 석사학위논문, 서울.
- 권지은. (2003). 부모 및 또래 애착, 문제해결방식과 자아탄력성의 관계. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 권희경. (2008). 중환자실 퇴실시 환자가족의 전동불안에 영향을 미치는 요인. 서울대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 김건희, & 황은희. (2012). 여고생의 스트레스, 자아탄력성과 학교적응 유연성과 관계. *한국산학기술학회논문지*, 13(10),

4660-4668.

- 김귀현. (2006). *정보제공이 중환자실 퇴실 환자가족의 불안 및 역할 스트레스에 미치는 영향*. 동의대학교 대학원 석사학위논문, 부산.
- 김근면. (2005). *자폐스펙트럼 장애아동 어머니의 극복력*. *주관성연구* 11, 112-142.
- 김동희. (2002). *만성질환아의 극복력 측정도구 개발*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 김동희, & 유일명. (2004). 신증후군 환아의 극복력과 우울의 관계분석. *대한간호학회지*, 34(3), 534-540.
- 김부남, 오현숙, & 박용숙. (2011). 간호사의 탄력성과 직무 스트레스 및 직무만족도. *산업간호학회지*, 20(1), 14-23.
- 김수진. (2012). *중환자실 환자의 전실스트레스 영향요인*. 인제대학교 대학원 석사학위논문, 부산.
- 김지연. (2010). *우울증환자의 희망정도와 가족지지가 극복력에 미치는 영향*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 김혜성. (1997). *회복력[Resilience]개념 개발 : 혼종모형의 적용*. 중앙대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 박원희. (1991). *일 도시 노인의 가족지지와 정신건강*. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문, 서울.
- 박종미. (2013). *전실정보제공이 중환자실 환자의 전실 스트레스와 불안에 미치는 효과*. 부산대학교 대학원 석사학위논문, 부산.

- 박주영. (2011). *간호대학생의 스트레스와 스트레스 반응 및 극복력에 영향을 미치는 요인*. 서남대학교 대학원 석사학위논문, 남원.
- 박진희, 유문숙, 손연정, & 배선형. (2010). 중환자실 환자의 일반 병동 전실 시 스트레스 영향요인. *대한간호학회지*, 40(3), 307-316.
- 박현진. (1996). *자아탄력성에 따른 지각된 스트레스, 대처 및 우울*. 고려대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 배순영. (2005). *음악감상을 병행한 퇴원교육 프로그램이 뇌경색환자의 극복력과 스트레스반응에 미치는 효과*. 경북대학교 대학원 박사학위논문, 대구.
- 백경원. (2005). *만성질환을 가진 아동과 가족의 극복력*. 중앙대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 손연정. (2008). 전실스트레스 증후군 [Relocation Stress Syndrome: RSS] 측정도구 개발-중환자실에서 일반 병실로 전실되는 환자를 대상으로. *임상간호연구*, 14(1), 139-150.
- 손연정. (2009). 중환자실 환자의 간호지속성 유지를 위한 중환자실-병동간 연계형 전환간호 프로그램 개발 및 효과. *임상간호연구*, 15(3), 143-155.
- 손연정, 서연옥, & 홍성경. (2009). 간호사가 인식하는 중환자실 환자의 병동으로의 전실경험. *기본간호학회지*, 16(1), 92-102.

- 손연정, 홍성경, & 전은영. (2008). 전실 스트레스 (relocation stress) 의 개념분석. *대한간호학회지*, 38(3), 353-362.
- 송양숙. (2004). *재가 신체장애인의 회복력 영향요인*. 고신대학교 대학원 석사학위논문, 부산.
- 신수진, 정덕유, & 황은희. (2009). 심혈관질환자의 회복력에 대한 개념분석. *대한간호학회지*, 39(6), 788-795.
- 신영희, 심미경, & 김태임. (2006). 만성질환아의 극복력 (resilience) 과 건강관련 삶의 질. *아동간호학회지*, 12(3), 295-303.
- 신혜원. (2005). *암환아와 어머니의 회복력에 관한 연구*. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 안윤정. (2004). *만성정신분열병 환자가 지각하는 가족기능 및 가족의 지지가삶의 질에 미치는 영향*. 대구대학교 석사학위논문, 대구.
- 유명란, 최선영, 김윤미, 한수정, 양남영, 김희경, . . . & 손연정. (2013). 국내 중국유학생의 문화적응 스트레스와 적응 유연성, 우울과의 관계. *한국간호교육학회지*, 19(3), 320-329.
- 윤선희, 조옥희, & 유양숙. (2013). 전실업무와 연계간호에 대한 신경계 중환자실 간호사의 인식. *임상간호연구*, 19(1), 115-127.
- 이시원. (2009). *호스피스 대상자의 희망과 극복력의 관계*.

- 이화여자대학교 임상보건과학대학원 석사학위논문, 서울.
- 이은경. (2006). *암 환자의 극복력 영향요인*. 중앙대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 이인숙, 박영숙, 송미순, 이은옥, 박연환, 최경원, . . . & 이현숙. (2002). 한국가족의 기능 회복력 측정도구 개발 연구-만성질환아 가족을 대상으로. *대한간호학회지*, 32(4), 560-569.
- 이현화. (2003). *부모의 문제음주 정도에 따른 청소년의 극복력*. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 임상간호사회. (1994). 간호원가 산정에 관한 조사연구. *생활간호*.
- 임숙빈, 오희영, 박영임, 이은현, & 이숙. (2002). 예방적 정신간호를 위한 극복력(Resilience) 개념의 탐색. *정신간호학회지*, 11(3), 304-315.
- 임지영. (2003). 뇌혈관질환에서의 가정간호이용시와 병원입원시 비용 비교 : 대상자의 인구학적 특성을 중심으로. *대한간호학회지*, 33(2), 246-255.
- 장연수. (2000). *중환자실의 입실과 퇴실 기준 개발*. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 장지영, & 김용석. (2011). 연명치료 중단에 대한 태도 연구 암환자 가족을 대상으로. *정신보건과 사회사업*, 38, 5-30.
- 정미경, & 이규미. (2010). 연구 논문: 노인의 스트레스, 우울, 낙관주의 및 적응유연성의 경로분석. *한국노년학*, 30(2),

629-642.

- 정선경. (2012). *항암화학요법을 받는 암환자의 극복력, 스트레스 및 자가간호의 관계*. 경상대학교 대학원 석사학위논문, 진주.
- 정주희. (2012). *중환자실에서 일반 병실로 전실하는 환자의 전실 스트레스와 교육 요구도*. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 지명원. (2012). *감정노동자의 직무스트레스, 역할갈등, 자아탄력성 및 이직의도의 관계*. *한국콘텐츠학회논문지*, 12(6), 191-200.
- 최경순. (2003). *간호행위에 따른 중환자 중증도 분류도구의 타당성 연구*. 경희대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
- 한정옥. (2010). *중환자실 환자의 전실스트레스에 영향을 미치는 요인*. 전남대학교 대학원 석사학위논문, 광주.
- 홍선연. (2011). *의학전문대학원생의 스트레스, 자아탄력성, 자기 효능감과 임상수행능력과의 관계*. *한국산학기술학회논문지*, 12(12), 5797-5804.
- 홍성경. (2006). *극복력(resilience) 개념 개발*. 연세대학교 대학원 박사학위논문, 서울.
- 황선경. (1998). *중환자 가족 돌봄을 위한 간호사 교육프로그램 개발*. 부산대학교 대학원 박사학위논문, 부산.
- Akyrou, D., Plati, C., Anthopoulos, L., & Baltopoulos, G. (1995). Pain assessment in acute myocardial infarction patients.

- Intensive and Critical Care Nursing*, 11(5), 252–255.
- Baldwin, F. J., Hinge, D., Dorsett, J., & Boyd, O. F. (2009). Quality of life and persisting symptoms in intensive care unit survivors: implications for care after discharge. *BMC research notes*, 2(1), 160.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). Role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. *Development of cognition, affect, and social relations/edited by W. Andrew Collins*.
- Bokinskie, J. C. (1992). Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *Journal of Neuroscience Nursing*, 24(3), 129–133.
- Boutilier, S. (2007). Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 26(4), 137–142.
- Camardese, G., Adamo, F., Mosca, L., Picello, A., Pizi, G., Mattioli, B., ... & Bria, P. (2007). Plasma cortisol levels and resilience in depressed patients. *European Neuropsychopharmacology*, 17, S338–S339.
- Carpenito, L. J. (2000). *Nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Carr, K. (2002). Ward visits after intensive care discharge: why.

Intensive Care Aftercare, 69–82.

Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M., & Kendall, M. (2005).

The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 766–775.

Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional Care

After the Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16–27.

Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K., & Foster, M. (2007). The

effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 362–369.

Cicchetti, D., & Toth, S. (1991). The making of a developmental

psychopathologist. *Child Behavior and Development: Training for Diversity*, 34–72.

Corrigan, I., Samuelson, K. A., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007).

The meaning of posttraumatic stress–reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(4), 206–215.

Coyle, M. A. (2001). Transfer anxiety: preparing to leave

- intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(3), 138–143.
- Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11(6), 333–335.
- Druss, R. G., & Douglas, C. J. (1988). Adaptive responses to illness and disability: healthy denial. *General Hospital Psychiatry*, 10(3), 163–168.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (2008). Reducing HIV Risk Among People With Serious Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(4), 26–34.
- Garmezay, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127–130.
- Gustad, L. T., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2005). Performance of the Faces Anxiety Scale in patients transferred from the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(6), 355–360.
- Gustad, L. T., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2008). ICU patient's transfer anxiety: a prospective cohort study. *Australian Critical Care*, 21(4), 181–189.
- Higgins, G. O. C. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past* (1st ed.). San Francisco : Jossey–Bass.

- Jones, C., & O'Donnell, C. (1994). After intensive care—what then? *Intensive and Critical Care Nursing*, 10(2), 89–92.
- Killien, M., & Jarrett, M. (1993). Returning to work: Impact on postpartum mothers health. *Unpublished raw data*.
- Kinney, M., Aidin, A., & Melby, V. (2002). Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 149–157.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1.
- Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., . . . & Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research*, 43(2), 148–154.
- Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28(3), 210–218.
- Mandleco, B. L. (2000). An organizational framework for conceptualizing resilience in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), 99–112.
- Manion, P. S., & Rantz, M. J. (1995). Relocation stress syndrome:

A comprehensive plan for long-term care admissions:
The relocation stress syndrome diagnosis helps nurses
identify patients at risk. *Geriatric Nursing*, 16(3),
108–112.

McGuire, B. E., Basten, C. J., Ryan, C. J., & Gallagher, J. (2000).
Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer.
Archives of Internal Medicine, 160(7), 906.

McKinney, A. A., & Deeny, P. (2002). Leaving the intensive care
unit: a phenomenological study of the patients' experience.
Intensive and Critical Care Nursing, 18(6), 320–331.

Milgram, N. A., & Palti, G. (1993). Psychosocial characteristics
of resilient children. *Journal of Research in Personality*,
27(3), 207–221.

Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their
transfer from intensive care to the general ward. *Journal
of Advanced Nursing*, 31(2), 322–329.

Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., &
Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept
analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1–11.

Paul, F., Hendry, C., & Cabrelli, L. (2004). Meeting patient and
relatives' information needs upon transfer from an

- intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 396–405.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53–60.
- Polk, L. V. (1997). Toward a middle–range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1–13.
- Saarmann, L. (1993). Transfer out of critical care: Freedom or fear? *Critical Care Nursing Quarterly*, 16(1), 78–85.
- Steinhardt, M., & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445–453.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84.
- Tel, H., & Tel, H. (2006). The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 35(2), 101–107.

- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*.
- Watts, R., Gardner, H., & Pierson, J. (2005). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(5), 302–313.
- Watts, R., Pierson, J., & Gardner, H. (2005). An insight into critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 269–279.
- Watts, R., Pierson, J., & Gardner, H. (2007). Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 194–202.
- Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 1031–1046.
- Wesson, J. S. (1997). Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(2), 111–118.
- Whittaker, J., & Ball, C. (2000). Discharge from intensive care: a

view from the ward. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16(3), 135–143.

Wu, C. J. J., & Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: A case study approach. *Nursing & health sciences*, 9(1), 48–53.

부록 1. 연구 참여 동의서

연구 참여 동의서

연구제목 : 전실스트레스와 극복력(Resilience)과의 관계

본 연구는 중환자실에서 치료를 받고 상태가 호전되어 일반 병실으로 전실한 환자가 느끼는 전실스트레스와 이에 따른 극복력과의 관계를 확인하여 보다 나은 간호서비스를 제공하기 위해 마련된 것입니다.

설문지의 문제들은 정답이 없으며 여러 분이 가지고 있는 생각 그대로 문항에 답해 주시면 됩니다. 설문지를 작성하는데 총 15-20분 정도 소요될 것입니다. 또한 설문지를 작성하시는 도중에라도 더 작성을 원하지 않으실 경우에는 언제든지 그만두실 수 있습니다. 제공해 주신 모든 자료와 정보는 무기명으로 처리되며, 전체 대상자에 대한 결과로서 제시되고 개별적으로는 제시되지 않으므로 일체의 사항은 비밀이 보장되어, 귀하에게 어떠한 불이익도 발생하지 않을 것입니다. 또한 제공해 주신 정보는 본 연구 목적으로만 사용될 것이며 이외의 용도로는 사용되지 않을 것입니다.

귀하의 답해주신 내용을 통해 중환자실에서 일반 병실로 전실하여 발생하는 스트레스를 줄이고 극복력을 높일 수 있는 보다 나은 간호서비스를 제공하는데 도움이 될 것입니다.

연구와 관련하여 의문사항이 있으실 경우, 언제든지 아래의 연락처로 문의 하시기 바랍니다.

연구자 : 윤혜리(서울대학교 간호대학 대학원 석사과정생)

소속 : 서울대학교병원

문의전화 : 02) 2072 - 1632

이메일 : hyeri1979@snuh.org

의학연구윤리심의위원회 연락처 : 02) 2072 - 0694

본인은 이 연구에 대한 설명을 충분히 들었으며 자발적으로 이 연구에 참여하는 것에 동의합니다. 본인은 자발적으로 이 연구에 참여하고 있음을 알고 있습니다.

날짜 : 2013년 월 일

성명 : (서명)

부록 2. 설문지

통계법 13 조(비밀의 보호)에 의거 본 조사에서 개인의 비밀에 속하는 사항은 엄격히 보호되며 통계 목적 이외에는 사용되지 않습니다.

<설문지>

안녕하십니까?

저는 서울대학교 간호대학 석사과정에 재학 중인 윤혜리입니다.

본 설문지는 중환자실에서 치료를 받고 일반병실로 전실한 환자들의 스트레스 정도와 이를 극복하는 극복력과의 관계를 조사하여 전실스트레스를 줄이고 극복력을 최대화 할 수 있는 보다 나은 간호서비스를 제 공하고자 조사하는 설문지입니다.

귀하께서 응답해 주신 내용은 순수하게 연구 목적으로만 이용될 것이고, 무기명으로 처리되며 일체의 사항은 비밀이 유지됨을 약속드립니다.

귀하의 솔직하고 성의 있는 답변을 부탁 드립니다.

힘들고 불편하신 와중에도 귀한 시간 내어 주시고 응답에 참여해주셔서 진심으로 감사 드립니다.

연구자 : 윤혜리(서울대학교 간호대학 대학원 석사과정생)

소속 : 서울대학교병원

문의전화 : 02) 2072-1632

이메일 : hyeri1979@snuh.org

의학연구윤리심의위원회 연락처 : 02) 2072 - 0694

I. 다음은 일반적 사항에 대한 문항입니다. 해당되는 곳에 ‘v’ 표를
하시거나 직접 기입하여 주십시오.

1. 성별 : ① 남자 ② 여자
2. 연령 : 만 () 세
3. 최종학력 : ① 무학 ② 초졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸 ⑥ 석사 이상
4. 종교 : ① 무교 ② 불교 ③ 기독교 ④ 천주교 ⑤ 기타 ()
5. 결혼상태 : ① 미혼 ② 기혼 ③ 이혼 ④ 사별 ⑤ 별거 ⑥ 기타 ()
6. 현재 직업 : ① 무직 ② 주부 ③ 자영업 ④ 전문/사무직 ⑤ 서비스직
⑥ 농·축·어업/노동직 ⑦ 학생 ⑧ 기타 ()
7. 월 평균 가구당 수입
 - ① 100만원 미만 ② 100-200만원 미만 ③ 200-300만원 미만
 - ④ 300-400만원 미만 ⑤ 400-500만원 미만 ⑥ 500만원 이상
8. 중환자실에서 일반 병실로의 전실 특성
 - 1) 병실로 옮겨지기 전 의사나 간호사로부터 전실예정일을 통보 받았습니까?
 - ① 예 ② 아니오
 - 2) 병실로 옮기는 것에 동의한 상태에서 전실 되었습니까?
 - ① 예 ② 아니오
 - 3) 병실로 옮겨지기 전 의사나 간호사로부터 옮겨질 병실에 대한 정보를 한 가지 이상 제공받은 적이 있습니까? (예: 병실까지의 이동 방법, 병실정보, 의사가 간호사 정보, 간호사 1명당 담당하는 환자수의 변화, 병실 회진 시간 등)
 - ① 예 ② 아니오
 - 4) 3)의 정보를 가족도 함께 제공 받았습니까?
 - ① 예 ② 아니오

※ 전실스트레스 측정

다음은 중환자실에서 일반병실로 전실한 것과 관련하여 스트레스 정도에 대해 귀하의 생각과 일치하는 항목에 ‘v’ 표를 해 주세요.

내 용	그렇지 않다	조금 그렇다	보통	그렇다	많이 그렇다
1. 일반병실로 갑작스럽게 옮기게 되어 당황스러웠다.					
2. 일반병실로 간다는 말을 들었을 때 홀가분한 기분이 들었다.					
3. 몸에 붙어 있던 여러 장치들을 갑자기 떼어 내니 불안하였다.					
4. 일반병실로 가는 것에 대해 나보다 가족들이 더 불안해하는 것 같았다.					
5. 병실결정 이후 나에 대한 중환자실 의료진들의 관심이 줄어든 것 같다.					
6. 일반병실로 가는 결정(병실로 가는 시기나 간병문제 등)에 나와 가족의 의견이 적극적으로 반영 되었다.					
7. 일반병실에 갈 만한 심신(心身) 상태였다.					
8. 중환자실에서 일반병실로 가는 이동과정이 순조롭고 효율적이었다.					
9. 병실환경(간호사실, 간이주방, 화장실, 복도 포함)에 익숙하다.					
10. 일반병실로 온 후 내팽겨쳐진 기분이 든다.					
11. 병실간호사들은 나와 보호자들이 요구하는 문제들을 즉시 해결해 준다.					

내 용	그렇지 않다	조금 그렇다	보통	그렇다	많이 그렇다
12. 병실 간호사들은 나의 신체상태 혹은 치료과정에 대해 자세히 알고 있다.					
13. 나는 내 자신의 현재 신체상태 및 예후에 대해 잘 알고 있다.					
14. 나는 현재 최상의 치료 및 간호를 제공받고 있다.					
15. 나의 건강상태 및 치료과정에 대해 의료진들에게 질문하기가 편하다.					
16. 중환자실에서 온 만큼 나는 특별 한 존재로서 대우 받아야 한다.					
17. 일반병실로 온 후 상태가 많이 호전된 것 같다.					
18. 병실에서 혼자 힘으로 개인위생 (세수, 옷 입기, 목욕, 이동, 화장실가기)을 처리할 수 있다.					
19. 중환자실에 비해 자유로이 움직일 수 있어 행복하다.					
20. 병실 간호사들은 내 얘기를 들어 주기보다는 자신들의 일을 하는 데만 열중한 것 같다.					
21. 나는 병실에서 갑자기 증상이 악화되었을 때 어떻게 대처해야 하는지를 잘 알고 있다.					
22. 가족이나 간병인의 도움 없이는 일상적인 생활을 하기 힘들다.					
23. 나는 현재 퇴원할 준비가 되어 있다.					

※ 극복력 측정

아래의 문항은 귀하의 극복력을 알아보는 문항입니다. ‘매우 그렇다’에 5점을, ‘전혀 그렇지 않다’에 1점에 ‘v’ 표를 해주십시오.

내 용	전혀 그렇지 않다		보통 이다		매우 그렇다
1. 나는 계획을 세우면, 그것을 끝까지 해 낸다.	1	2	3	4	5
2. 나는 여러 가지 방법으로 일을 해결한다.	1	2	3	4	5
3. 나는 다른 사람들에게 의존하기 보다는 나 자신을 믿는다.	1	2	3	4	5
4. 관심을 기울일 수 있는 일이 있다는 것이 나에게 중요하다.	1	2	3	4	5
5. 꼭 해야 할 일이라면 내 힘으로 할 수 있다.	1	2	3	4	5
6. 삶 속에서 어떤 일을 성취했을 때 나 자신을 자랑스럽게 느낀다.	1	2	3	4	5
7. 나는 일을 처리하는데 냉철하다.	1	2	3	4	5
8. 나는 내 자신이 좋다.	1	2	3	4	5
9. 나는 한 번에 여러 가지 일들을 할 수 있다고 느낀다.	1	2	3	4	5
10. 나는 단호한 성격이다.	1	2	3	4	5
11. 나는 어떤 문제에 핵심이 무엇인지에 대해 가끔 잘 모르겠다.	1	2	3	4	5
12. 나는 그날 일을 그날 처리한다.	1	2	3	4	5
13. 나는 전에도 이런 어려움들을 경험했기 때문에 지금의 어려운 일들을 견뎌낼 수 있다.	1	2	3	4	5
14. 나는 내 자신을 자제할 수 있다.	1	2	3	4	5
15. 나는 계속 흥미 있어 하는 일이 있다.	1	2	3	4	5

내 용	전혀 그렇지 않다		보통 이다		매우 그렇다
16. 나는 크게 웃을 수 있는 일들이 있다.	1	2	3	4	5
17. 나 자신에 관한 믿음은 어려운 시기를 견디게 해 준다.	1	2	3	4	5
18. 위급한 순간에 나는 다른 사람들이 편히 의지할 수 있는 사람이다.	1	2	3	4	5
19. 나는 한 가지 상황을 여러 측면에서 볼 수 있다.	1	2	3	4	5
20. 내가 원하던, 원하지 않던 간에 어떤 일을 억지로 할 때가 있다.	1	2	3	4	5
21. 내 인생에 의미가 있다고 생각한다.	1	2	3	4	5
22. 내가 어쩔 수 없는 일들에 매달리지 않는다.	1	2	3	4	5
23. 어려운 상황에 처했을 때 그 상황에서 벗어날 수 있는 나만의 방법을 찾을 수 있다.	1	2	3	4	5
24. 내가 해야 할 일들을 할 수 있는 충분한 에너지를 가지고 있다.	1	2	3	4	5
25. 나를 좋아하지 않는 사람들이 있다고 해도 난 상관하지 않는다.	1	2	3	4	5

부록 3. 질병관련 특성 측정 도구

1. 의식수준 측정도구(Glasgow Coma Scale, GCS)

의식수준 측정도구는 Teasdale과 Jennett(1974)이 개발한 도구로 환자의 의식수준을 평가하기 위한 것이다. Glasgow Coma Scale은 측정이 쉽고 단순하면서도 환자의 의식수준을 측정하는데 있어 타당도와 신뢰도가 높은 것으로 평가되어 현재까지 환자의 의식수준을 평가 하는데 널리 적용되는 도구 중 하나이다. 이 도구는 하부 변수를 개안 반응(4점), 언어반응(5점), 운동반응(6점)으로 나누고 평가 합계에 의해 의식수준의 중증도를 평가하는 방식이다. 각 반응의 합은 3점에서 15점으로 3점에서 8점 미만은 중증 의식장애, 8점에서 12 점은 중증도 의식장애, 13점에서 14점은 경미한 의식장애, 15점은 의식 명료함을 의미한다.

2. 통증 측정 도구

통증 정도는 중환자실 간호사가 통증을 사정하기 위해 숫자평정 척도(Numeric Rating Scale)를 사용하여 대상자가 지각하는 통증 정도를 표시한 의무기록 자료를 이용하였다. 이 척도는 약 10cm 길이의 선 위에 0 ~ 10점의 숫자로 표시되어 있으며, 숫자 0에는 통증이 없음, 10에는 상상할 수 없는 최악의 통증이라고 설명되어 있으며 숫자의 점수가 높을수록 통증의

정도가 높음을 의미한다. 단순 숫자 척도에 비해 대상자들의 이해하기 쉽고, 환자의 임상경과 기록에 유용한 척도이다 (Akyrou, Plati, Anthopoulos와 Baltopoulos, 1995).

3. 중환자 분류 도구

중환자 분류 도구는 1994년 임상간호사회에서 개발한 것으로, 하부영역으로 활력징후 측정, 모니터링, 일상활동보조, 급식, 수액주입 과 투약, 치료절차, 호흡기계 치료, 교육 및 정서적 지지 등 8개의 영역으로 나누어 간호요구도에 따라 수행한 간호행위를 점수화한 것으로 중환자 중증도 분류도구의 타당성은 최경순(2003)의 연구 에서 입증되었으며 한국의 중환자 간호 관리에 활용되고 있다.

0점에서 13점은 I 군, 14에서 32점은 II군, 33에서 65점은 III군, 66에서 98점은 IV군, 99에서 150점은 V 군, 151점 이상은 VI군으로 분류되며 점수가 높을수록 중증도가 높다는 것을 의미한다 (임상간호사회, 1994).

부록 4. 의학연구윤리심의위원회(IRB) 승인서



서울대학교의과대학/서울대학교병원
의학연구윤리심의위원회



서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회

Tel : 82-02-2072-0694

FAX : 82-02-2072-0368

서울특별시 중로구 대학로 101번지 (우)110-744

심의결과통보서

IRB No.	H-1302-069-467		제출경로	서울대학교병원		
수신	책임 연구자	윤혜리	소속	간호부	직위	
	의뢰기관			간호직		
연구과제명	중환자실 환자의 전신 스트레스와 극복력과의 관계					
Protocol No.		Version No.				
생명윤리 및 안전에 관한 법률에 따른 분류	<input type="checkbox"/> 배아 생성 <input type="checkbox"/> 배아 연구 <input type="checkbox"/> 체세포복제배아연구 <input type="checkbox"/> 유전자 정보 <input type="checkbox"/> 유전자 연구 <input type="checkbox"/> 유전자 치료 <input type="checkbox"/> 유전자 은행 <input checked="" type="checkbox"/> 해당 없음					
연구종류	연구 대상	<input type="checkbox"/> 보관된 검체연구 <input type="checkbox"/> 조직 및 혈액연구(전향적) <input type="checkbox"/> 시료은행 <input type="checkbox"/> 환자군연구 <input checked="" type="checkbox"/> 단면조사연구 <input type="checkbox"/> 환자-대조군연구 <input type="checkbox"/> 코호트연구 <input type="checkbox"/> 인체시료를 이용한 동물연구 <input type="checkbox"/> 기타				
		<input type="checkbox"/> 약물 <input type="checkbox"/> 생물학적 제제 <input type="checkbox"/> 건강기능식품 <input type="checkbox"/> 화장품 <input type="checkbox"/> 의료기기 <input type="checkbox"/> 기타				
		<input type="checkbox"/> 일반형 <input type="checkbox"/> 임상시험				
		<input type="checkbox"/> 제1상 <input type="checkbox"/> 제1/2상 <input type="checkbox"/> 제2상 <input type="checkbox"/> 제2/3상 <input type="checkbox"/> 제3상 <input type="checkbox"/> 제4상 <input type="checkbox"/> 생물학적 동등성 <input type="checkbox"/> PMS연구 <input type="checkbox"/> 기타				
		<input type="checkbox"/> 식약청 승인 여부 <input type="checkbox"/> 식약청 승인 대상 <input checked="" type="checkbox"/> 승인 제외 대상				
		<input type="checkbox"/> 임상시험 목적 <input type="checkbox"/> 의뢰자 주도임상 <input type="checkbox"/> 연구자 주도임상 <input type="checkbox"/> 학술용 <input type="checkbox"/> 국내(KFDA) 허가용 <input type="checkbox"/> 해외 허가용				
		연구계획서승인일 2013년 04월 04일 (정기보고주기 : 12개월)				
		승인유효기간 2013년 04월 04일 ~ 2014년 04월 03일				
		심의종류	신속심의	심의대상	연구계획서의 의뢰서(시정승인에 대한 답변)	
		접수일자	2013년 04월 03일	심의일자	2013년 04월 04일	
심의목적	1. 검토의견에 대한 답변 2. 연구계획서					
심의결과	승인					
심의의견						

의학연구윤리심의위원회 위원장



본 통보서에 기재된 사항은 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회의 기록된 내용과 일치함을 증명합니다.
본 의학연구윤리심의위원회는 KQF 및 IO-QP를 준수하며, 생명윤리 및 안전에 관한 법률 등 관련 법규를 준수합니다.
본 연구와 이해관계(Conflict of Interest)가 있는 위원에 있을 경우 연구의 심의에서 배제하였습니다.

Abstract

The relationship between Relocation Stress and Resilience of Intensive Care Unit Patients

Yun, Hye Ri

Department of Nursing

The graduate School

Seoul National University

Directed by Professor Kim, Keum Soon, PhD, RN

Patients admitted to the intensive care unit(ICU) undergo considerable stress due to exposure to many medical instruments, extensive monitoring by various members of the medical team, and separation from their families. However, when transferred to a general ward due to improvement in their health, after being accustomed to the ICU environment, these patients experience relocation stress, a type of separation anxiety.

The reaction to relocation stress differs according to a

patient's resilience. Similarly, treatment outcomes differ according to patients' degree of resilience. Therefore, this study aimed to identify the degree of relocation stress, resilience, and the correlation between these among patients who were transferred from an ICU to a general ward.

The data were collected through surveys. The sample comprised 188 patients who had been hospitalized for at least 2 months in an ICU at S. University Hospital from April 8, 2013, and then transferred to a general ward within 24–48 hours.

Two data collection instruments were used, namely, the relocation stress scale developed by Son(2008) and the resilience estimator developed by Wagnild and Young(1993) and modified by Song(2004). In accordance with the purpose of the study, the data were analyzed through descriptive statistics, the t-test, and the one-way ANOVA; the correlation between relocation stress and resilience was analyzed through the Pearson's correlation coefficient.

The significant results obtained from this study are as follows.

1. The average degree of relocation stress among the subjects was 69.59 ± 6.6 out of 115, with 60.6 points converted to 100 points.
2. The average degree of resilience among the subjects was 86.47 ± 10.0 out of 175, with 69.2 points converted to 100 points.
3. The transfer notice status resulted in a significant difference in the subjects' relocation stress ($t = -2.41, p = 0.01$).
4. The provision of information related to relocation to the family resulted in a significant difference in the subjects' resilience ($t = 1.97, p = 0.05$).
5. There was a statistically significant negative correlation between relocation stress and resilience among the ICU patients ($r = -.209, p = 0.004$).

Given the results of this study, in relation to the correlation between relocation stress and resilience, we concluded that an increase in resilience among ICU patients led to a decrease in relocation stress. In addition, in order to reduce relocation stress, relocation information must be provided in advance; for instance, upon admission to the ICU. The family

must also be informed about the general ward environment to which a patient is to be transferred, in order to increase resilience. On this basis, there is a need for the development of relocation protocol and a family education resource that could enable the provision of support by family members to ICU patients.

Key words : Intensive Care Unit, Relocation Stress, and Resilience

Student Number : 2009–20470